

El reclamante está pidiendo:

- Gastos Médicos
- Consultas de Orientación para Salud Mental
- Pérdida de Salarios
- Gastos Funerarios/Entierro

Estado de Arizona
Comisión de Justicia Penal de
Arizona
Programa de Compensación para
Víctimas de un Acto Criminoso
Solicitud

Fecha en que se

recibió: _____

Revisada

Por: _____

Reclamación CVC No. _____

 Favor de llenar la solicitud lo más completamente posible y FIRMAR la solicitud en la página 5.

PARTE 1: INFORMATION DE LA VICTIMA

Apellido de la Víctima		Nombre	Segundo Nombre
Dirección (calle)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Teléfono particular ()		Teléfono de trabajo ()
Número de Seguro Social(Opcional)			¿Falleció la víctima <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 2: Información del Reclamante (*Llene UNICAMENTE si es diferente a la de la víctima*)

Apellido del Reclamante		Nombre	Segundo Nombre
Dirección(Calle)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Teléfono particular ()		Teléfono de trabajo ()
Número de Seguro Social (Opcional)			
Su Relación con la Víctima			

Favor de Proporcionar la Siguiete Información para cada Víctima/Víctima Derivada (*Agregue hojas adicionales si es necesario*)

Nombre de la Víctima/Derivada	Número de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nacimiento	Relación con la Víctima
1.			
2.			
3.			
4.			

PARTE 3: INFORMACION ACERCA DEL ACTO CRIMINOSO

Tipo de Acto Criminoso (<i>marque uno</i>) <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Agresión Sexual/Únicamente Adultos <input type="checkbox"/> Abuso de Menores (Físico y Deshonesto)	<input type="checkbox"/> DWI (manejar estando intoxicado por alcohol o drogas/DUI (manejar bajo la influencia de alcohol o drogas) <input type="checkbox"/> Acecho <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Otros Acto criminosos (Mencione) _____	¿El acto criminoso estuvo relacionado con VIOLENCIA DOMESTICA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--

Fecha del Acto Criminoso	Fecha en que se reportó el Acto Criminoso	Agencia Policial a la que se reportó
Nombre del Oficial/Detective		Número de Reporte
Ubicación del Acto Criminoso		Nombre(s) del Ofensor(es)

Describa brevemente el Acto Criminoso y las Lesiones (Agregue hojas adicionales si es necesario)

PARTE 4: INFORMACION ACERCA DEL PLEITO (DEMANDA) CIVIL

¿Ha usted entablado o entablará un pleito civil en relación al acto criminoso? Si No Indeciso
 Si su respuesta es sí, favor de proporcionar nombre y dirección de su abogado:

Nombre del Abogado	Número Telefónico ()
Dirección	Ciudad Estado Código Postal

PARTE 5: INFORMACION ACERCA DE LOS BENEFICIOS

A partir del acto criminoso ha usted recibido o tiene derecho a recibir cualquiera de los beneficios mencionados a continuación. Por cada uno de los beneficios que marque, favor de proporcionar la información requerida en la líneas de la 1 a la 5 abajo. (Agregue hojas adicionales si es necesario)

AHCCCS	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud/Accidentes	<input type="checkbox"/>	Seguro Social (SSD)/(SSI)	<input type="checkbox"/>
Seguro de Automóvil	<input type="checkbox"/>	Servicios de Salud de la	<input type="checkbox"/>	Asistencia de la Tribu	<input type="checkbox"/>
Cuidado Triple/Militar	<input type="checkbox"/>	Comunidad India	<input type="checkbox"/>	Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/>
Servicio de Protección a Menores	<input type="checkbox"/>	Seguro de Vida	<input type="checkbox"/>	Seguro de la Vista	<input type="checkbox"/>
Seguro Dental	<input type="checkbox"/>	Seguro Médico	<input type="checkbox"/>	Compensación para Trabajadores	<input type="checkbox"/>
Seguro de Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Cuidado Médico/Ayuda Médica	<input type="checkbox"/>	Oros: _____	
Asistencia al Empleado	<input type="checkbox"/>	Restitución (del ofensor)	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Licencia por Enfermedad/ Vacaciones	<input type="checkbox"/>		

Algunos de estos beneficios están pendientes (*por favor especifique*) _____

Por cada beneficio marcado, favor de proporcionar la información requerida en las Líneas de la 1 a la 2 abajo. (Agregue hojas Adicionales si es necesario)

Tipo de beneficio	Dirección	Teléfono ()	Agencia/Número de Póliza
1.			
2.			

PARTE 6: TIPO DE COMPENSACION SOLICITADA**A. MEDICA**

¿Está usted buscando el pago de los gastos médicos, de hospital, o curación tradicional relacionados con el acto criminoso? Si No

Nombre del Proveedor	Dirección	Número de Cuenta	Teléfono	Fecha del Servicio
1.			()	
2.			()	
3.			()	
4.			()	
5.			()	

B. CONSULTAS DE ORIENTACION PARA SALUD MENTAL:

¿Está usted buscando el pago de los gastos del tratamiento para salud mental relacionados con el acto criminoso? Si No

Si su respuesta es **Sí**, ¿está viendo actualmente un proveedor de estos servicios? Si No
 Si su respuesta es **Sí**, ¿está usted reclamando el millaje por las consultas de orientación para salud mental relacionadas con el acto criminoso?

Nombre del Proveedor	Dirección	Número de Cuenta	Teléfono	Fecha del Servicio
1.			()	
2.			()	
3.			()	

MILLAJE: ¿Esta usted reclamando el millaje por las visitas médicas o consultas de orientación para salud mental? Si No

Si la respuesta es **Sí**, favor de proporcionar las fechas de los viajes y el millaje recorrido por viaje redondo:

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

PERDIDA DE TRABAJO/AYUDA: (Todas las licencias por enfermedad o vacaciones disponibles se deberán utilizar primero-la pérdida de salario se calcula de acuerdo al salario mínimo)

¿Está usted buscando beneficios por pérdida de trabajo como resultado de la lesión o aflicción mental? Si No

Si la respuesta es **Sí**, favor de contestar las siguientes preguntas:

Fecha en la que primero no pudo trabajar como resultado de la lesión o aflicción mental: _____

Fecha en la que regresó a trabajar: _____

Tiempo total perdido de trabajo _____

Pago por hora _____ Número de horas trabajadas por semana _____ Horas trabajadas por día _____

Lugar del Empleo _____

Nombre del Supervisor _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Teléfono _____

()

REQUISITO: Se requerirá una declaración firmada en papel membretado del empleador para verificar la información anterior de pérdida de trabajo. También se requerirá una declaración firmada en papel membretado del doctor o terapeuta de salud mental especificando que la víctima no podía trabajar como resultado de las lesiones relacionadas con el acto criminoso, el lapso de tiempo que la víctima no podía trabajar y la fecha en la que la víctima podía (o podrá) volver a trabajar.

C. Gastos Funerarios:					
Está buscando el pago de los gastos funerarios relacionados con el acto criminoso?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nombre del Proveedor de los Servicios Funerarios:			Cantidad \$		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ()	
REQUISITO: Si su respuesta es SI a las secciones 6A, 6B, 6C, o 6D, favor de adjuntar una copia de TODAS las facturas, contratos, recibos y estados de los seguros recibidos a la fecha.					
PARTE 7: INFORMACION (Opcional)					
La siguiente información se usará únicamente con fines estadísticos. Se necesita para cumplir con los reglamentos federales. La información se refiere solamente a la VICTIMA.					
Grupo Etnico:	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de América/Esquimal	<input type="checkbox"/> Otros_____		
	<input type="checkbox"/> Asiático/De las Islas del Pacífico				
Residente de Arizona :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Acto criminoso Federal :	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Incapacitado:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Me enteré del Programa de Compensación para Víctimas del Acto criminoso a través de:					
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a la Víctima	<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Médicos	<input type="checkbox"/> Por Referncia Propia		
<input type="checkbox"/> Agencia Policial	<input type="checkbox"/> Folletos/ Posters, etc.	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicio Social	<input type="checkbox"/> Otros		

Forma ACJC para Solicitud de Compensación para Víctimas del Acto criminoso –Revisada 11/21/2000

Favor de mandar la aplicación a:

Maricopa County Attorney's Office
Victim Compensation Bureau
301 West Jefferson, 9th Floor
Phoenix, AZ 85003

Nuestro teléfono es el (602) 506-4955

